264

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à 1 heure

Par Jules AUDRAIN

Né à Grainville-Langannerie (Calvados), le 22 mai 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRICOPHYTIE TONSURANTE

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. DELENS, *professeur.* BRISSAUD, BLANCHARD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-EDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 11, 13

1892

264

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à 1 heure

Par Jules AUDRAIN

Né à Grainville-Langannerie (Calvados), le 22 mai 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRICOPHYTIE TONSURANTE

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. DELENS, *professeur.* BRISSAUD, BLANCHARD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-EDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	RICARD
BRISSAUD	HANOT	POUCHET	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	QUINQUAUD	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	RETTERER	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	REYNIER	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE		WEISS
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TRICOPHYTIE TONSURANTE

AVANT-PROPOS

Si cette thèse, pendant sa préparation, a pu nous procurer des heures de dépit, en nous faisant craindre de n'être pas à la hauteur de notre tâche, du moins elle nous permet le doux plaisir de remercier publiquement ceux qui, dans le courant de nos études, nous ont secondé de leurs efforts et à qui nous devons tout ce que nous avons de meilleur.

La liste en est longue, mais du moins il en est dont la protection, les encouragements et les conseils nous commandent une longue reconnaissance.

Pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Caen nous avons pu profiter de l'enseignement vaste et large de M. le Dr Auvray, notre professeur de clinique interne, et nous avons trouvé dans M. le Dr Barette, professeur de

clinique chirurgicale, un maître qui a su nous initier en quelque sorte à notre insu, à la pratique de la chirurgie et surtout de l'antisepsie, et qui nous a fait comprendre que les heures passées à l'hôpital sont les plus douces de l'étudiant.

Nous leur adressons ici l'hommage de notre plus vive reconnaissance, particulièrement à M. le Dr Barette dont la protection et la bienveillance ne nous ont jamais abandonné.

Pendant notre externat à l'hôpital Saint-Louis, que nous avons passé entièrement dans le service de M. le Dr Du Castel, nous avons puisé dans ses leçons et son enseignement clinique, tout d'observation, une base solide d'études, et une méthode féconde qui nous a permis de nous orienter sans fatigue au milieu de ces problèmes difficiles, semés à chaque pas dans l'étude des maladies cutanées et syphilitiques. Grâce à sa bienveillance, à cette douce condescendance qui supprime le reproche et fait du maître un ami, il a su nous rendre facile le travail de l'hôpital.

C'est à lui que nous devons d'avoir pu pendant 18 mois poursuivre l'étude d'une question encore obscure; si nous avons pu réussir à en éclaircir quelques points, c'est grâce à ses conseils et à l'appui de ses connnaissances; et le concours puissant qu'il nous a prêté nous commandait de faire mieux.

Que M. le Dr Du Castel reçoive ici l'expression de notre plus vive gratitude et de notre respectueuse affection.

Nous prierons aussi M. le professeur Fournier de bien vouloir accepter nos remerciements les plus sincères, pour

l'obligeance avec laquelle il a accepté la présidence de cette thèse.

N'oublions pas enfin M. Bataille et surtout M. Durante, tous deux internes des hôpitaux, dont les conseils ne nous ont pas fait défaut et nous ont aidé dans nos recherches.

HISTORIQUE ET DIVISION DU SUJET

Nous n'avons pas à refaire l'historique de la teigne tondante. Les thèses remarquables de Thomas et de M. le Dr H. Feulard nous en dispensent.

Toutefois, depuis que ces travaux ont paru, de nombreuses communications ont été faites, tant au point de vue clinique, qu'aux points de vue bactériologique et thérapeutique. Nous signalerons surtout ici celles qui ont trait à l'étude clinique, puisque c'est le point que nous étudierons le plus ici. Nous citerons seulement ceux qui ont signalé des faits nouveaux en bactériologie, et nous ferons la revue des traitements à la deuxième partie de notre thèse.

Au point de vue clinique, Frédérick Taylor sur l'enfant, G. Thin sur le cheval, ont mis en évidence un fait qu'ils signalent comme constant, l'intégrité du follicule, et que commente Duhring dans son traité (*Diseases of the Skin*).

Plus tard Dubreuilh de Bordeaux ajoute encore à l'étude de cette question, et y ajoute un ensemble d'observations sur les formes disséminées de l'herpès tonsurant, déjà signalées par Celso Pellizzari de Pavie. Ils insistent sur l'originalité de ces cas, dont ils ont rencontré plusieurs exemples dans une même famille. Ils les signalent

comme pouvant apparaître à l'âge adulte, et accordent une certaine influence à la différence des sexes.

M. le Dr Tennesson et M. Berdal ont signalé un fait de tricophytie apparue après l'âge de 15 ans présentant une forme diffuse, et surtout remarquable par la présence de spores géantes.

En Allemagne, Neebe et Furthmann reconnaissent quatre espèces de tricophyton :

1° Le tricophyton oidiophoron, tricophyton jaune citron.

2° Le tricophyton éretmophoron.

3° Le tricophyton atractophoron.

4° Le tricophyton pterygoïdes, qui détermine la rupture du cheveu dans le follicule, et dont les lésions s'écartent de celles des autres microphytes de la teigne tondante en ce qu'il n'y a pas de tronçons de cheveux sur les plaques envahies.

Bien d'autres encore ont contribué à l'étude de la dermatose qui nous occupe. Mais on nous pardonnera de ne pas nous appuyer à chaque instant sur leurs travaux dans le cours de notre thèse, à cause de la diversité de leurs opinions et de leurs jugements. Ce serait sans profit accroître la complexité de cette question déjà trop obscure. Nous nous réservons de faire plus tard bénéficier nos recherches de tous ces travaux isolés, et des idées multiples élevées sur l'étiologie et la diversité des formes de l'herpès tonsurant.

Nous essaierons surtout de donner à la teigne tondante un tableau clinique plus complet, et nous suivrons dans notre travail l'ordre suivant :

Dans la première partie nous ferons une étude aussi

complète que possible des lésions microscopiques et nous chercherons à en tirer des conclusions pratiques.

Puis nous adressant à la symptomatologie, nous analyserons les signes divers pour les classer par ordre de gravité, et nous étudierons si la tricophytie est véritablement une.

Nous poserons les bases d'un pronostic aussi sûr que les variations étonnantes de la maladie nous peuvent le permettre.

Enfin dans une deuxième partie nous ferons une revue des traitements en vigueur, et nous en proposerons un, basé sur la pratique des injections intra-dermiques.

PREMIÈRE PARTIE

Étude anatomo-pathologique et clinique de la teigne tondante. Variétés de formes. Pronostic.

Avant d'aborder l'étude du microscope, jetons un coup d'œil d'ensemble sur les idées actuellement professées sur l'herpès tonsurant.

La symptomatologie très vague qui a été reproduite par les auteurs, s'est toujours appliquée à l'ensemble des cas, si différents qu'ils puissent être. Pourtant si l'on interroge les statistiques publiées, on est étonné de trouver des différences considérables entre les résultats. Tel traitement guérirait infailliblement en 5 semaines suivant l'un, alors que le même traitement ne fournit aucun résultat entre les mains de d'autres. A l'étranger on observe et on décrit des formes très rares chez nous.

Il serait pourtant utile que des observations plus précises vinssent nous apprendre si l'on a vraiment partout, dans tous les pays, des formes bien constantes et semblables.

Ce ne sera que lorsque l'on aura bien différencié les formes graves des formes légères, que l'on pourra vérita-

blement apprécier la valeur relative des divers traitements employés. Si tel cas peut se guérir presque seul en 2 mois, n'importe quel agent thérapeutique semblera tout puissant lorsqu'on l'y aura appliqué. Inversement les meilleurs modes de traitement pourront échouer sur certains cas exceptionnellement graves et tenaces, d'une longueur désespérante.

Nous chercherons à permettre d'éviter la confusion entre ces formes diverses et nous espérons que la valeur des divers traitements pourra être bientôt mise nettement en lumière.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous consacrerons quelques instants à l'étude des lésions microscopiques de la teigne tondante, avant d'en aborder l'étude clinique, car nous aurons à chaque instant besoin de demander aux lésions profondes du cheveu des renseignements sur l'évolution de la maladie.

Du reste, on a peu ajouté à cette étude depuis les travaux de Gruby et Malmsten et nous nous sommes contentés de savoir qu'il existe dans le cheveu au cours de l'herpès tonsurant des spores et du mycelium.

Or, en suivant pas à pas les lésions successives du cheveu, nous en avons reconnu trois ordres suivant leur rapport chronologique.

a. — Lésions du cheveu avant la pénétration du microphyte dans son intérieur.

b. — Lésions d'envahissement du cheveu.

c. — Lésions de la période de déclin.

§ 1. — *Lésions du cheveu avant l'envahissement.*

Il n'est pas toujours facile de pouvoir observer l'état du cheveu avant que le champignon y ait pénétré ; cependant nous avons pu le constater lorsque des enfants

ayant un frère en traitement, ont été amenés pour être soumis à l'examen ; quelques-uns présentaient une simple zône érythémateuse avec prurit, sans lésion manifeste des cheveux implantés sur cette zône. Chez ces enfants nous avons pu assister à la complète évolution de la maladie.

Dans un autre cas, l'enfant fut amené pour un herpès circiné du cou ; il présentait en même temps, sur le cuir chevelu, un véritable herpès circiné que nous avons vu se transformer en herpès tonsurant.

Chez ces petits malades, nous avons arraché des cheveux dont la solidité était nettement amoindrie, et cela avant qu'un seul cheveu ne fût cassé.

Examinés au microscope, ces cheveux ne présentaient aucune modification de la tige. Elle était transparente, d'un calibre bien égal et bien régulier. Mais le follicule était modifié.

On le voyait diminué de volume, comme rétracté, avec ses masses pigmentaires au centre. Son contour était inégal ; ou bien il présentait plusieurs étranglements, comme s'il avait été enserré par une bande fibreuse ; ou bien il était tordu sur lui-même, recourbé en crosse.

De plus l'impression de la papille était effacée, l'extrémité profonde était ronde ou même pointue, présentant la lésion décrite sous le nom de follicule en massue.

Et pourtant l'examen le plus attentif ne parvenait pas à déceler la présence du tricophyton dans le cheveu ni même dans les couches épidermiques entraînées par l'avulsion du follicule. On ne rencontrait de spores qu'en râclant profondément le cuir chevelu.

Il faut donc bien rattacher ces lésions de la racine à un trouble de nutrition ou d'une façon plus vague à une action opérée à distance par l'invasion du microphyte.

Du reste, ce processus ne s'arrête pas là. Bientôt le follicule n'est plus seul touché, mais la portion de la tige qui le continue devient à son tour plus inégale ; tout en restant transparente, elle présente une série de rétrécissements et de renflements. Les cassures transversales s'exagèrent, deviennent plus nettes, comme si les cellules de l'épidermicule, au lieu de s'adapter exactement les unes sur les autres suivant leur imbrication normale, venaient à s'écarter les unes des autres. Les bords aussi sont moins réguliers et semblent comme très finement rugueux et hérissés.

A ce moment les spores se sont rapprochées, elles pénètrent les cellules voisines du cheveu, pour arriver peu à peu à s'insinuer entre elles, à s'étaler le long du cheveu et lui constituer un manchon, une gaîne que nous retrouverons en étudiant les symptômes.

D'autres cheveux encore plus atteints présentent sur un ou plusieurs points des soulèvements bien nets des cellules de l'épidermicule ; en réalité, ils sont devenus secs et cassants. A ce moment, qu'un choc, une pression vienne à plier le cheveu, les lames superficielles s'écartent complètement, ou tombent, créant une solution de continuité, de la lame protectrice ; c'est là une véritable plaie du cheveu, une porte d'entrée ouverte au champignon, qui en contact direct avec elle, va pouvoir pénétrer le cheveu.

Ce mécanisme est d'autant plus rationnel que le point primitif d'envahissement est situé à un niveau à peu près constant, à un ou deux millimètres environ au dessus de la surface de la peau. Or, c'est vers ce niveau qu'a lieu le maximum de courbure lorsqu'on appuie sur le cheveu.

§ 2. — *Lésions d'envahissement.*

Le champignon a donc pénétré le cheveu en un ou plusieurs points. Le mycelium est la forme sous laquelle il semble s'être introduit. On en voit le plus souvent quelque tube au milieu d'un petit amas de spores, situées tout près de la cuticule du cheveu; près de cet amas, des fibrilles sont dissociées, dejetées en dehors, tenant encore au cheveu par une de leurs extrémités.

L'on trouve comme lésion plus avancée une masse plus abondante de spores, et de là partent des tubes de mycelium, légèrement sinueux, peu ramifiés, qui s'avancent et cheminent à travers les couches superficielles du cheveu, au-dessus et au-dessous de leur point de départ. C'est ainsi que lorsque deux points ont été envahis à la fois, on trouve deux colonies de spores séparées par un espace de cheveu, espace resté clair, dans lequel on reconnaît des tubes de mycelium marchant à la rencontre les uns des autres.

Dès ce moment l'on trouve les lésions banales que l'on peut constater journellement dans tout cas de teigne tondante pendant sa période d'activité.

La multiplication des spores va se continuer, dissocier

toutes les fibres du cheveu, les faire éclater sous une pression toujours croissante; les fibres les plus externes s'écartent en dehors, donnant à cette portion du cheveu l'aspect de deux brosses accolées l'une à l'autre par leur face garnie; les spores débordent entres ces fibres, allant se relier aux masses épaisses étalées en dehors du cheveu.

Après que le poil, sous un choc, ou même sous la seule pression mécanique produite par la multiplication des spores, est venu à se rompre, l'extrémité libre du tronçon est terminée en pinceau, toujours remplie de tricophyton, pendant que des débris opaques tombent sur la peau voisine d'où le moindre râclage en ramène une grande abondance.

Voilà donc les lésions qui se passent au niveau de la surface du cuir chevelu.

Mais les lésions ne s'arrêtent pas là; nous avons vu le mycelium immédiatement après l'invasion, pénétrer plus profondément dans la tige, dans la portion intra épidermique du cheveu. Cette marche vers le follicule n'ira pas toutefois jusqu'au bout; elle s'arrêtera presque toujours au niveau de l'union de la tige avec le renflement de la racine.

Même plus tard, lorsqu'on examinera les produits de râclage, alors qu'on ne trouvera presque absolument que des débris de tiges et des tronçons boursouflés et opaques, on pourra rencontrer des follicules éliminés qui seront restés clairs, transparents, sans spores ni tubes de mycelium contenus dans leur intérieur; tout au plus, on verra à leur extrémité hachée et dissociée quelques amas de spores.

Nous nous appuyons dans l'affirmation de cette intégrité du bulbe sur de nombreux travaux déjà faits, notamment sur ceux de Frédérick, Taylor de Dubreuilh de Bordeaux, ainsi que sur les expériences de Thin sur la tricophytie du cheval.

Nous n'avons pourtant pas affirmé que cette règle fût constante. Et, en effet, nous avons observé la présence du mycelium dans l'intérieur du follicule (voir Obs. IX et X).

Mais cette constatation microscopique a coïncidé invariablement avec un aspect clinique différent de celui observé ordinairement. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre suivant.

Dans les produits d'un râclage, opéré après une épilation soigneuse, on ramène des tronçons de cheveux de dimensions diverses, tronçons remplis de spores et qui sont restés vraisemblablement abandonnés pendant le traitement le plus actif dans les couches épidermiques superficielles.

Il n'y a là qu'un résultat du travail d'élimination physiologique de la peau, refoulant au dehors les débris qu'elle contient.

Il ne faut pas oublier dans notre description de signaler l'existence de tronçons de cheveux, ramenés par le râclage, et qui ne présentent plus de tricophyton dans leur profondeur, bien que les traces de son séjour soient évidentes. Les fibres sont écartées, dissociées au point de représenter un treillage fin, une sorte de fagot fait avec des débris, et cela sans spores. Ce n'est pas le traitement qui a pu détruire ces dernières, puisque nous avons

souvent vu cet aspect chez des malades qui n'avaient jamais été soignés même par un savonnage. Il semble bien que dans ce cas le parasite a disparu faute d'aliments.

Tel est l'ensemble des lésions que l'on rencontre le plus souvent en étudiant au microscope un cas vulgaire de teigne tondante à sa période d'état et de pleine activité.

§ 3. — *Lésions de déclin.*

Jusqu'ici un fait nous a frappé ; c'est l'abondance des spores, et les délabrements produits dans le tissu du cheveu. Il y a un peu de mycélium surtout au début, mais en bien faible quantité par rapport à l'abondance des spores.

A mesure que l'affection devient plus ancienne, celles-ci deviennent moins nombreuses et le mycelium à son tour devient prédominant. Des cheveux ont repoussé sur la plaque, et la peau reprend peu à peu l'apparence normale.

Interrogeons le microscope, il nous montrera que les cheveux sont de trois sortes.

Les cheveux atteints.

Les cheveux de récente formation.

Les cheveux devenus adultes et restés sains.

Ceux qui sont atteints, présenteront encore les lésions du début, ou plutôt se montreront avec les caractères suivants : follicules très petits, noirs, ratatinés, de calibre à peine supérieur, ou égal, ou même inférieur au calibre de la tige.

Tige plus ou moins longue, avec ses deux extrémités claires, et présentant des tubes de mycelium contenus dans leur intérieur. L'extrémité libre est encore pénicillée, reste du délabrement du début.

Le cheveu de récente formation a en général un follicule plus petit, mais avec de nombreuses cellules restées adhérentes, formant éventail autour de la racine. Pas de moelle centrale. Pas de pigment. L'extrémité libre est pointue. Jamais de mycelium ni de spores dans son intérieur.

Puis les cheveux se sont développés et deviennent adultes. Il y en a qui subissent à ce moment une nouvelle invasion de spores, mais ils peuvent aussi bien conserver leur intégrité jusqu'à la fin, et la guérison va être ainsi obtenue.

En partant des données fournies par l'anatomie pathologique, peut-on tirer quelques conclusions théoriques ou pratiques? Un phénomène nous a surtout étonné, c'est la lésion du cheveu avant l'envahissement du microphyte dans son intérieur. Nous avons dit vaguement qu'il s'agissait d'un trouble de nutrition.

Encore faudrait-il comprendre par quel mécanisme ce trouble se produit. Y a-t-il un trouble dans les fonctions des glandes?

Cette théorie pourrait être acceptable au point de vue de lésions des glandes sébacées.

C'est en effet l'état graisseux normal du cuir chevelu qui semble le plus modifié sur les régions envahies par le tricophyton.

Nous signalerons à cette occasion comme fait analogue, une lésion qu'il nous a été donné de reconnaître comme consécutive au séjour du champignon dans l'épiderme. Dans trois préparations faites avec de la peau recueillie sur une plaque d'herpès circiné, un peu en dedans de la zône érythémateuse, nous avons cherché en vain à distinguer la couche granuleuse du *stratum lucidum.*

Nous n'avons pu distinguer ces deux couches que par la différence d'aplatissement et de dimensions des cellules, et les gouttelettes d'éléïdine avaient presque complèment disparu.

Au contraire, en dehors de la zône atteinte, le *stratum granulosum* se reconnaissait aisément.

Sans oser tirer de ces constatations trop peu nombreuses des conclusions absolues, nous avons été porté à croire que les graisses jouent un rôle important dans les conditions vitales du tricophyton. Les lésions de la teigne tondante viennent encore nous confirmer dans cette idée. En effet, dès l'invasion, la peau devient sèche, dure, cornée ; le cheveu perd son aspect brillant : il se casse ; le follicule se racornit, s'étrangle, se recourbe.

En outre, cette prédilection du champignon à venir se grouper autour de la tige du cheveu ne tiendrait-elle pas à ce que le voisinage des glandes sébacées leur fournit une nutrition plus abondante ?

On peut ajouter que l'intensité de la teigne tondante chez les séborrhéiques s'expliquerait assez bien ainsi.

Si cette théorie était vraie, il faudrait chercher dans les modificateurs des graisses et des sécrétions sébacées,

l'agent tout puissant contre le développement du microphyte; et l'on ne ferait ainsi que se conformer aux idées de M. le Dr Besnier qui, renonçant à trouver dans les parasiticides un moyen de traitement absolu et certain, conseille de chercher à modifier le terrain, et considère le traitement comme devant être « antigerminatif ».

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Nous ne saurions mieux faire pour donner un tableau d'ensemble de la symptomatologie de la teigne tondante que de reproduire l'une des descriptions nombreuses déjà publiées; nous choisirons celle de M. le Dr Brocq; voici comment il nous présente l'ensemble de la dermatose :

« La teigne tondante, exceptionnellement rare au-des-
« sus de 12 ans, débute sous la forme d'une rougeur
« érythémateuse.

« Quelquefois il se produit des vésicules, ou des vési-
« co-pustules éphémères : quelquefois on ne voit que des
« squames fines et blanchâtres au-dessous desquelles le
« derme est un peu rosé ou grisâtre. Le malade éprouve
« en ce point des démangeaisons, des picotements. L'af-
« fection est circonscrite et ne forme que de petites plaques
« assez mal délimitées. Peu à peu elle progresse. Il se fait
« une abondante desquamation qui engaîne les poils et
« à laquelle on a donné le nom de pityriasis alba parasi-
« taire. A cette période, la dermatose est tout à fait su-
« perficielle et facilement guérissable.

« Dans quelques cas, on voit sur le cuir chevelu des
« circinations rouges, assez étendues, nettement figurées,

« en tout semblables à la tricophytie cutanée ou herpès
« circiné parasitaire, lésions tout à fait superficielles et
« curables par les badigeonnages de teinture d'iode pra-
« tiqués à temps.

« Enfin le champignon envahit le follicule pileux. Dès
« lors l'affection prend une physionomie tout à fait carac-
« téristique; elle est définitivement constituée à l'état de
« teigne tondante et est devenue une dermatose des
« plus tenaces et des plus rebelles à toute médication.

« Elle se poursuit sous la forme de plaques assez nette-
« ment arrondies ou ovalaires, un peu saillantes, à bords
« assez bien délimités; le derme y offre une teinte d'un
« gris bleuâtre caractéristique; il est recouvert de fines
« squames pityriasiques d'un gris sale, et parfois il porte
« des traces de grattage. Sur toute l'étendue de la plaque
« les poils sont manifestement altérés, d'abord secs, ter-
« nes, décolorés, ils deviennent friables, peu solides, puis
« cassent spontanément à 1 ou 2 millimètresde leur point
« d'émergence, laissant des tonsures circulaires de 1 à 5
« centimètres de diamètre environ. Ces tonsures ont par
« conséquent un aspect tout spécial, dû à la coloration du
« cuir chevelu à leur niveau, aux fines squames qui les
« recouvrent, et surtout aux petits tronçons de cheveux
« déchiquetés, engaînés d'épiderme blanchâtre qui les
« hérissent et donnent au doigt la sensation d'une barbe
« de un à deux jours. A leur péirphérie se voit une zône
« d'envahissement de la maladie où l'on peut retrouver
« toutes les lésions de la première période. . . . . .

. . . . . .

« Il est rare de n'observer qu'une seule plaque, le plus

« souvent il y en a plusieurs sur la même tête, dissémi-
« nées çà et là de diverses grandeurs, et à diverses pé-
« riodes d'évolution.

« Il est assez habituel de trouver une plaque principale,
« maîtresse, primitive, assez étendue et plusieurs plaques
« secondaires satellites, plus petites, souvent minuscules.
« Elles siègent surtout à la nuque, derrière les oreilles,
« vers les tempes; elles empiètent parfois sur les parties
« voisines des téguments où elles revêtent la forme de
« l'herpès circiné parasitaire. En réalité on peut les
« observer sur toute l'étendue du cuir chevelu.

« Abandonnées à elles-mêmes, elles arrivent dans cer-
« tains cas à couvrir de vastes sufaces, mais on ne saurait
« à cet égard porter aucune règle.

« Rien de plus variable en effet que l'évolution de la
« teigne tondante. Elle débute parfois avec la plus
« grande rapidité, s'étend, couvre le cuir chevelu en peu
« de temps grâce à des points d'attaque multiples. Puis
« elle subit des temps d'arrêt, passe par des phases alter-
« natives, inexplicables, d'amélioration, d'aggravation,
« de récidives. Tantôt au contraire elle suit une marche
« lente et torpide. »

Nous avons reproduit la description technique de la teigne tondante pour en donner un aperçu général. Toutefois, on ne peut s'empêcher de constater une grande obscurité dans l'ordre de ces symptômes et de ces complications.

Nous allons essayer de grouper les divers phénomènes qui apparaissent au cours de l'affection, de les ranger par ordre d'importance, et nous verrons ensuite s'il n'est

pas possible de différencier cliniquement deux ou plusieurs formes. Nous n'oserons pas toutefois aller trop loin dans notre différenciation, laissant à la bactériologie le droit de nous éclairer d'une façon absolue.

Nous ne poserons donc d'abord que deux caractères fondamentaux de l'affection, l'un qui est absolu, et que nous devons à l'examen microscopique, l'autre qui est cliniquement commun à tous les cas observés.

1° La teigne tondante est une affection constituée par la pénétration dans l'intérieur du cheveu d'un champignon nommé tricophyton et qui se présente sous la forme de spores ou de mycelium, offrant des caractères bien connus.

2° Au point de vue clinique, la teigne tondante est constituée par l'apparition sur le cuir chevelu d'une ou plusieurs tonsures à évolution excentrique, de forme à peu près circulaire, à la surface desquelles les cheveux apparaissent cassés.

Hormis ces deux caractères, tous les symptômes sont variables. Nous allons les reprendre un à un, en les réunissant suivant deux groupes différents.

Premier groupe. — Ce groupe contient toutes les formes graves, longues à guérir par les agents thérapeutiques ordinairement employés, mais toutefois d'une durée variable. Ainsi nous ferons rentrer dans ce groupe des cas où, l'enfant approchant de la puberté, n'a présenté les symptômes qu'à leur minimum d'intensité, ou bien des cas où, ayant contracté une maladie intercurrente, il a vu les symptômes graves s'amender, et la guérison s'obtenir rapidement (Obs. I, II, III).

Toutes les formes contenues dans ce groupe peuvent être ramenées à un type commun, au début de l'affection du moins, et le caractère principal de ces formes est constitué par la présence d'une plaque initiale rapidement développée, à limites bien nettes, avec tous ou presque tous cheveux rompus à surface.

Exceptionnellement il peut y avoir plusieurs plaques initiales, lorsque plusieurs points ont été contaminés à la fois, avec une tondeuse par exemple. Mais cette différence ne modifie pas notre description, puisque l'on doit dans ce cas se conduire vis-à-vis de chacune de ces plaques comme si elle avait été unique au début de la maladie.

Nous avons vu du reste dans la description de M. le Dr Brocq, qu'il a signalé l'importance de cette plaque maîtresse.

Sur cette plaque initiale on trouvera les symptômes décrits plus haut par le même auteur, gaînes de pityriasis alba, tronçons visibles, blancs, surface cutanée gris bleuâtre, dure, parfois cornée, comme lichénoïde, très sèche.

C'est sur cette plaque que nous observons au microscope les lésions du cheveu et les délabrements profonds décrits au chapitre précédent.

La croissance des cheveux est remarquable par son intensité à son niveau. En effet, si l'on a pratiqué une épilation soigneuse de la région atteinte, et si l'on a également avulsé les cheveux bons limitrophes pour constituer la zone de protection, on voit cette zone de protection rester blanche, lisse, dépourvue de cheveux pendant des

semaines, alors que l'on pourrait épiler de nouveau la zone lésée, tous les trois jours.

Cette activité est à son maximum pendant toute la période où la dermatose présente les lésions du début avec une intensité constante. Mais on la verra diminuer plus tard au point de tomber au-dessous de la normale.

Cette repousse de cheveux fait apparaître au bout de peu de temps des poils de récente formation sur la plaque atteinte, mais on en constate difficilement la présence. Ces jeunes cheveux deviennent en effet très rapidement adultes, et alors, ils sont envahis par le microphyte et se cassent comme l'avaient fait les premiers lors de l'invasion.

Plus tard on pourra les reconnaître, parce que la croissance se ralentira, mais il ne faudra jamais se fier au nombre et à la qualité des cheveux récemment parus, parce qu'il se fera presque toujours de nouvelles invasions dans leur intérieur.

Il va donc s'établir une sorte de roulement, d'alternatives d'apparence saine et d'aspect pathologique, à mesure que les cheveux repousseront d'abord jeunes et indemmes, ensuite adultes et envahis. La proportion des cheveux atteints ira sans doute en décroissant, mais il en restera toujours jusqu'à une période très rapprochée de la guérison ; quelques-uns présenteront encore des délabrements considérables, et seront remplis et environnés de spores.

La plaque primitive reste très rarement isolée. Peu de temps après l'invasion, si un traitement rationnel ne protège pas le reste du cuir chevelu, il apparaît de nouveaux points d'inoculation. Ce sont des infections secondaires

produites par la pénétration de spores transportées de la plaque primitive.

Ces plaques secondaires sont loin de présenter une aussi grande intensité que la première apparue. Les cheveux y sont rarement atteints en totalité. Elles subissent beaucoup mieux l'influence des divers traitements, et lorsque la même action thérapeutique a été exercée sur tous les points, les plaques secondaires sont guéries bien avant la plaque initiale.

Ces inoculations si fréquentes présentent plusieurs variétés, tantôt en plaques arrondies bien nettes, de la dimension d'une pièce de 1 franc à 5 francs, tantôt en points disséminés, où à peine quelques cheveux sont envahis. Ces points peuvent être très nombreux: nous en avons compté 32 chez un malade. Les lésions des quelques cheveux atteints sur ce point sont semblables à celles de la plaque primitive, mais elles disparaissent assez rapidement en laissant seulement une petite zône où les cheveux qui ont fini par tomber ne repoussent que très lentement.

Tantôt l'extension a lieu en nappe. En quelques jours, une large zône est prise ; on trouve des spores sur un cercle très étendu (Obs. V). Mais si l'on hésite quelque temps avant de conseiller l'épilation, et que l'on se soit contenté de prescrire des applications de teinture d'iode, l'on est tout étonné de voir le mal s'amender au point qu'on n'y retrouve plus la moindre lésion dès un mois après. Il semble que sur ces plaques secondaires le tricophyton ait perdu de son activité, comme si après avoir

séjourné quelque temps sur le point primitif, il s'était atténué dans sa virulence.

En tous cas, plus la lésion est étendue, plus elle est superficielle. Les cheveux tombent à peine, la plupart restent indemnes quoique leur racine soit bien enveloppée de spores, et présente au plus haut degré leur enveloppe de pityriasis alba. Nous devons constater à ce sujet que les cheveux que l'on arrache au milieu de ces vastes régions envahies, ne se laissent avulser qu'en entraînant de nombreuses couches de cellules épidermiques. Ce n'est plus la gaîne amiantacée uniquement composée de spores, ce sont des cellules entre lesquelles les spores sont relativement rares. Il semble qu'il y a eu comme une inflammation péripilaire accolant à la tige, et à la racine des cheveux, assez de cellules épidermiques pour faire une large couche protectrice.

Lorsque les points sont disséminés, les lésions sont plus profondes ; il y a plus de cheveux envahis dans leur profondeur. Nos observations sur ce point coïncident assez bien avec cette affirmation de Pellizzari qui considère comme particulièrement tenaces les formes à plaques étroites et isolées.

Le rôle essentiel des points primitivement atteints doit être spécialement mis en lumière. De plus, sur la plaque primitive, c'est au centre que la résistance du tricophyton atteint son maximum. L'affection se guérit des bords vers le centre et quelquefois ce point d'origine, après la guérison d'une plaque très large, a pu conserver pendant 2 ou 3 mois des cheveux cassés et engainés, et retarder d'autant la guérison (Obs. I et II).

Etudions maintenant les phases apparentes qui marquent le déclin de la maladie. Nous avons vu qu'au microscope on reconnaissait la prédominance de plus en plus accusée de mycelium, avec disparition presque totale des spores. Pourtant la disparition totale des spores n'est complète qu'à l'extrême limite de la maladie. Un examen attentif fera en effet découvrir presque jusqu'à la fin une ou deux petites masses blanches que le microscope nous révèle comme constituées par un débris de cheveu enveloppé de spores.

Nous rappelons à cette occasion que nous avons dans ce groupe insisté sur la permanence à peu près complète de pityriasis alba parasitaire. En même temps on constate un symptôme dominant, c'est le ralentissement dans la poussée des cheveux. L'on ne voit peu à peu que de rares cheveux apparaître, très minces et très fins. Il faut les épiler longtemps pour avoir des cheveux longs et solides, et pendant trois mois après la guérison nous avons vu les cheveux rester fins et d'une teinte beaucoup plus pâle que sur le reste de la tête.

Lorsqu'il y a eu pendant le traitement une zône de protection maintenue au moyen de l'épilation, on peut suivre cette relation curieuse de la poussée des cheveux sur la plaque atteinte et sur la zône de protection.

D'abord c'est celle-ci qui est restée glabre pendant que l'autre était sans cesse couverte ; puis il y a eu équilibre, enfin c'est la plaque atteinte qui se trouve dénudée pendant que les cheveux poussent activement tout autour.

Dans plusieurs cas la plaque a pris l'aspect d'une pelade

et l'a conservé pendant une ou plusieurs semaines pour se recouvrir enfin de cheveux fins et bons.

Lorsque ces cheveux repoussent, c'est à la périphérie de la plaque que leur apparition se fait tout d'abord et le centre est le dernier recouvert.

Complications. Pronostic du Kerion Celsi. — En dehors des complications qui sont crées par l'extension aux parties saines, secondaires, précoces ou tardives, de l'affection, il n'y a qu'une seule complication sérieuse, constituée par le Kerion Celsi dont on a peut-être exagéré les dangers.

Nous avons eu à suivre 7 cas de Kerion. Tous étaient très étendus, et les malades nous sont arrivés avec une tuméfaction considérable, des points saillants, siège d'une douleur intense, et un retentissement assez considérable sur l'état général pour déterminer une céphalée intense, de la fièvre, de l'anorexie, etc.

Nous avons traité les malades par les applications de compresses de sublimé, et de nombreuses ouvertures au scarificateur dans les points en suppuration.

Si le Kerion s'est établi complétement d'emblée, deux ou trois séances ont suffi pour arrêter la suppuration. Ou bien celle-ci s'est établie peu à peu, point par point successivement et parfois nous avons eu pendant 15, 18 ou 20 jours, à ouvrir de petites cryptes de pus profondément situées.

Mais dans les 7 cas, nous avons constaté que lorsque la suppuration a pris fin, le cuir chevelu est revenu à son état normal, en ne conservant qu'une teinte rouge

intense, et que peu après dans des limites variant entre 12 et 20 jours après, de nouveaux cheveux ont reparu sur la totalité des points qui avaient suppuré.

De plus, aucun de ces cheveux ne présentait de lésions tricophytiques.

Le Kérion Celsi n'est donc pas toujours une complication très redoutable, à condition qu'il soit surveillé de près. Ce peut être même une issue à désirer ou tout au moins à ne pas regretter puisqu'elle peut déterminer en quelques jours une guérison de la maladie.

Nous devons toutefois signaler que dans les 7 cas de Kérion que nous avons vus, aucun n'était encore parvenu à cet état qui a servi de modèle aux descriptions des auteurs. Jamais il n'y avait l'aspect du crible, avec le pus venant sourdre aux orifices. Nous n'avons eu que des suppurations profondes, ou plus ou moins rapprochées de la surface cutanée, et la sortie du pus au niveau des points fluctuants a toujoure été effectuée par bistouri.

Nous en concluons seulement que, pris au début, le Kérion n'est pas une complication redoutable.

Deuxième groupe. — Formes légères. — Cette forme de tricophytie est remarquable par sa bénignité et la rapidité de sa guérison, même lorsqu'elle reste livrée à elle-même. Nous l'avons rencontrée dans 1/8 des cas.

Elle se présente avec les symptômes suivants : Lorsqu'on amène le malade, l'on ne constate le plus souvent qu'une plaque assez mal limitée, à peu près arrondie, avec un aspect sale qui frappe tout d'abord. La peau est terne, reste bien souple, sans desquamation, et la surface

de la plaque est recouverte de cheveux assez nombreux. Ces cheveux sont de longueurs très inégales. On en trouve trois sortes au microscope.

1° Des cheveux cassés très courts. Ceux-ci ne sont jamais engainés ; on trouve à grand peine des spores, soit autour de leur tige, ou dans les lames épidermiques avulsées avec le cheveu. Pourtant la tige est dissociée, l'extrémité libre est penicillée et l'on voit quelques spores s'échapper entre les fibrilles. Le follicule est très atrophié et quelquefois la tige semble se terminer par une toute petite pointe noire, tordue, ou enroulée sur elle-même.

2° Il y a des cheveux de diverses longueurs avec extrémité libre penicillée mais ne contenant pas de spores. On trouvera toutefois de longs tubes de mycelium qui plongent dans tout le cheveu, le traversant ainsi sur toute sa longueur et pénétrent dans le follicule. Cette pénétration du mycelium dans le follicule n'a pas été constante dans tous les cas, mais nous devons signaler que nous ne l'avons jamais constatée que concurremment avec le syndrôme clinique précédent.

Enfin l'on peut trouver des cheveux très longs, restés sains, à part une diminution de volume de la racine. Un phénomène attire l'attention : la lenteur de repousse des cheveux. Si l'on épile une fois au début. On est longtemps, de 15 jours à 2 mois, à attendre une nouvelle génération de remplacement. Enfin l'on rencontre des cheveux restés sains, qui ne présentent qu'un premier degré d'atrophie du follicule. Ce sont là toutes les lésions constatées. Jamais un examen, aussi attentif que possible, ne

nous a permis de découvrir au milieu des cheveux un seul tronçon recouvert de pityriasis alba, si constant dans le groupe précédent.

L'évolution est remarquablement bénigne. La plaque est en général unique, malgré le peu de soins que l'on a mis à soigner l'enfant. Jamais on n'assiste à ces larges extensions si effrayantes de la forme précédente.

La contagion semble également plus faible. Un enfant a pu impunément, jouer, vivre, coucher avec ses frères, même changer de coiffure avec eux sans qu'il y ait eu contagion.

Nous ne pouvons mieux établir la comparaison avec la forme décrite au paragraphe précédent qu'en établissant un tableau de correspondance entre les divers caractères de la maladie.

Tableau comparatif des deux formes de teigne tondante.

Forme grave. Prédominance des spores.	Forme fruste. Prédominance du mycelium.
Invasion rapide, suivant de près l'inoculation.	Invasion lente.
Dénudation par rupture des cheveux, d'une zone nettement arrondie ou ovalaire.	Plaque irrégulière, plutôt arrondie, sans contours accusés.
Peu de cheveux d'apparence saine demeurés sur la plaque.	Nombreux cheveux d'apparence saine.
Gaînes amiantacées autour des tronçons de cheveux ; persistance de ces gaînes presque jusqu'à la fin de la maladie, en plus ou moins grand nombre.	Jamais de gaînes amiantacées.
Au microscope, prédominance des spores pendant la première période.	Peu ou point de spores. Prédominance du mycelium.
Le tricophyton ne pénètre pas dans le follicule.	On peut trouver du mycelium dans le follicule (symptôme inconstant).
Les cheveux sont cassés au ras de la peau, ou à un ou deux millimètres au-dessus.	Cheveux de longueur variable, cassés très courts, ou devenus très longs avec extrémité libre pénicillée.
Cheveux ou tronçons de cheveux très abondants.	Cheveux rares.
Croissance très rapide.	Croissance lente.
Cuir chevelu couvert de squames dures, grisâtres.	Peau d'aspect lisse, ou un peu sale, sans squames.
Tendance à l'extension, ou à la dissémination.	Pas de tendance à l'extension ni à la dissémination.
Guérison très lente.	Guérison rapide, même sans traitement.

Maintenant que nous avons essayé de grouper des symptômes qui jusqu'ici avaient été rattachés en bloc aux diverses manifestations de l'herpès tonsurant, nous chercherons à tirer quelques conclusions de ces groupements, et nous étudierons si les différences établies entre les deux formes sont aussi profondes qne notre description a semblé l'établir.

L'étude de la première forme, la forme grave, est considérablement simplifiée du moment que nous n'avons plus à étudier que l'évolution d'une plaque, la plaque maîtresse.

Nous l'avons suivie dans ses trois phases, en unissant les renseignements à l'œil nu, à ceux fournis par le microscope. Nous avons vu l'importance de cette gaîne de spores qui a du reste dès l'origine, frappé l'esprit de tous ceux qui ont étudié la teigne tondante ; puis nous avons vu l'évolution de ce mycelium apparu au début, puis devenu plus rare, et s'installant enfin dans le cheveu comme lésion dominante.

Or, cette forme que nous avons voulu séparer de la tricophytie commune pour en faire une teigne spéciale bénigne, présente cependant bien des symptômes communs avec la forme ordinaire, si l'on ne considère celle-ci qu'à la période de déclin. C'est la même prédominance du mycelium, la même lenteur dans la croissance du cheveu, le même aspect lisse de la peau.

Cette irrégularité de la plaque se rencontre dans les formes graves abandonnées à elles-mêmes, parvenues à la période de déclin.

Même quantité de cheveux sains puisque la guérison va s'établir.

Ce deuxième groupe ne serait-il donc pas une simple variété de l'autre, seulement considéré longtemps après le début de l'affection ?

En effet, nous avons décrit des cheveux très longs, à extrémité libre, pénicillée. Cette terminaison en pinceau nous prouve bien qu'il y a eu à une époque une dissociation des fibres du cheveu par des spores. Et nous savons que toujours cette lésion se produit au niveau de la surface cutanée. Le cheveu a donc poussé depuis. L'invasion est sans doute plus ancienne que les renseignements ne semblent l'indiquer. Ces cheveux d'inégale longueur nous font supposer qu'il y a eu une invasion lente, successive, de cheveu à cheveu, à des intervalles éloignés, par un agent semblable au tricophyton. Si nous trouvons des spores, du mycelium, nous les reconnaissons en tout semblables à ceux du même champignon.

Ce pourrait donc être comme une forme ralentie, dans laquelle la période d'invasion, très lente, a échappé aux parents, et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque le ralentissement de la croissance, la disparition des cheveux atteints peu à peu, ont fait une clairière dans le cuir chevelu, que l'on songe à conduire le malade à l'examen.

Nous avons pourtant le droit de croire à une forme spéciale ; bien plus, le diagnostic reste hésitant et l'on a de suite recours au microscope, le souverain maître en la matière.

Question de terrain, peut-être ? Etudions donc l'étiologie de la teigne tondante. Nous savons que les formes graves se rencontrent de préférence chez les sujets débi-

lités, nous ajouterons aussi sur les sujets séborrhéïques, sur les blonds. Nous avons plutôt reconnu la forme légère, atténuée, chez les bruns, non séborrhéiques, tantôt vigoureux, tantôt affaiblis; mais il nous a semblé que les cheveux, chez ceux qui ont bénéficié de cette bénignité de l'affection, étaient sales, ternes, plutôt volumineux et de gros calibre ; pourtant dans deux cas, les enfants étaient blonds, l'un avait une séborrhée intense du cuir chevelu.

De plus, d'autres semblent avoir remarqué cette forme fruste. Lailler parle d'une forme plutôt diffuse, accompagnée de décoloration des cheveux, qu'il a observée plutôt chez les blonds. M. le Dr Brocq signale à son tour une forme squameuse dans laquelle il faut une recherche des plus attentives pour trouver ça et là un poil cassé, ou bien quelque cheveu plié à angle obtus et cassant à la moindre traction.

Ces indices ne nous permettent pas de croire que ces auteurs ont eu en vue cette forme que nous avons décrite. Encore n'est-il pas moins vrai qu'ils décrivent des formes intermédiaires probablement, avec des lésions faibles, rares, difficiles à reconnaître, résultats d'une marche lente et insidieuse du champignon à travers les divers milieux du cuir chevelu.

Cette question reste donc encore fort obscure; toutefois nous maintiendrons notre division clinique en nous appuyant sur ces trois faits :

Le pityriasis alba presque permanent dans la forme commune, manque totalement dans l'autre.

Le mycelium ne pénètre jamais dans le follicule dans

les cas ordinaires, et nous avons reconnu sa présence à ce niveau dans les quelques cas que nous avons décrits.

La forme commune est rebelle à tout traitement pendant une assez longue durée, tandis que l'autre se guérit presque seule.

Nous souhaitons donc que la bactériologie vienne ici en aide à la clinique et nous apprenne s'il n'y a qu'une différence de terrain ou une différence de cause active entre les deux formes.

CHAPITRE III

PRONOSTIC.

Le pronostic de la teigne tondante peut presque toujours être fait aux diverses périodes de l'affection ; il n'est du reste qu'une résultante des diverses considérations précédentes ; toutefois, comme il peut être fort utile de pouvoir le formuler, nous en reprendrons l'étude en résumant les éléments sur lesquels il peut être appuyé.

Nous prendrons un exemple dans chacune des conditions où le malade se présente ordinairement.

Premier cas.— Affection d'origine récente ; envahissement rapide ; rupture de tous les cheveux sur la où les plaques primitives. Plaques secondaires déjà apparues ; les tronçons des cheveux apparaissent en blanc sur le fond gris de la plaque. Cheveux blonds. Terrain séborrhéique.

Pronostic très grave : l'affection sera des plus longues ; durée presque illimitée, pouvant aller jusqu'à cinq ans de durée.

Deuxième cas. — Même rapidité d'invasion ; mêmes caractères, mais tous les cheveux ne sont pas cassés au niveau de la plaque, et il n'y a pas encore de plaques secondaires ; pronostic grave mais moins que dans le précédent cas.

Troisième cas. — Début déjà probablement ancien ; on a constaté d'abord comme des pellicules, suivant l'expres-

sion ordinaire du malade, mais les cheveux se sont peu éclaircis sauf en un point restreint. A l'examen, large étendue en surface de la tricophytie, mais peu de cheveux cassés. On peut annoncer que l'affection va être rapidement circonscrite en un point ; et si cette zône est vigoureusement attaquée, il peut y avoir guérison en peu de temps. Toutefois, nous ferons une réserve à ce sujet. Pellizzari a tellement insisté sur cette forme à invasion très étendue, et a tant insisté sur sa tenacité, qu'il existe sans doute des formes de ce genre, plus intenses que celles observées par nous.

Quatrième cas. — Plaque mal arrondie, avec cheveux restés sains à sa surface et engaînés, et surtout cheveux cassés *d'inégale longueur*. Forme plutôt torpide, lente, guérison facile.

Cinquième cas. — Plaque mal arrondie, cheveux longs très nombreux, quelques-uns moins longs, d'autres rares cassés, très courts, *sans gaîne amiantacée*, avec aspect sale de la plaque. Pronostic très bénin, guérison rapide presque spontanée.

Plus tard, dans le cours de la maladie, qu'elle soit traitée ou non, il faut surveiller attentivement la rapidité de croissance des cheveux, la quantité de tronçons engaînés, particulièrement au centre de la plaque primitive.

Enfin, au moment d'affirmer la guérison, il faut examiner tout d'abord la plaque primitive, et surtout le centre de cette plaque. Si l'on n'a rien trouvé, on peut presque affirmer l'intégrité des autres régions. Nous ne nierons pas toutefois l'utilité d'un examen général, mais nous le considérons comme tellement difficile à pratiquer

assez bien pour le rendre absolu, que nous conseillerons de se contenter de notre méthode.

D'une façon générale le pronostic est basé sur les éléments suivants :

1° Rapidité d'invasion. Développement des plaques secondaires.

2° Présence et nombre des gaînes blanches pulvérulentes à la racine des cheveux, particulièrement des cheveux cassés.

3° Nombre des cheveux d'apparence saine demeurés sur la plaque primitive.

4° Rapidité de croissance des cheveux.

5° Au microscope, prédominance des spores ou du mycelium.

Nous ne développerons pas de nouveau ces divers éléments puisque nous en avons déjà décrit le rôle et le degré d'importance.

Nous ajouterons seulement que ces éléments sont les seuls à peu près certains. L'on a surtout insisté sur l'influence des tempéraments, de l'âge.

Mais nous avons vu que, dans nombre de cas, ces bases de pronostic sont très trompeuses. Deux frères sont atteints de teigne tondante presque en même temps, c'est parfois le plus fort, ou le plus âgé qui présente la forme la plus grave. Nous en citons quelques observations.

Il faut surtout examiner le point malade et suivre au microscope l'évolution et la durée des phases pour obtenir un pronostic de quelque valeur.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Avant d'aborder l'étude des traitements, jetons un coup d'œil sur cette complexité d'aspects, et de lésions de la teigne tondante. Que devons nous penser de ce tricophyton si bien garanti dans le cuir chevelu que nous ne pouvons l'y détruire?

Nous l'avons vu sous ses deux formes : spores, mycelium. Ce ne sont pas deux modes pareils du microphyte; les spores sont tantôt prédominantes, tantôt en infériorité. Il semble bien qu'elles caractérisent la période florissante de l'existence du parasite. Difficiles à détruire à cause de leur enveloppe, ne vivant que lorsque le terrain est riche et peut les nourrir abondamment, elles se développent en nombre incroyable avec une puissance de multiplication en rapport avec les ressources du milieu ambiant. Si ce milieu s'épuise, soit qu'on épile fréquemment, soit que les tissus se transforment, les spores diminuent et le champignon prend sa forme larvée, le mycelium, comme pour attendre les événements. En effet vous croyez avoir tout détruit, à peine dans quelques cheveux trouvez-vous un peu de mycelium, vous songez à une guérison prochaine. Mais voilà qu'au bout de quelques jours les régions profondes sont redevenues un terrain favorable, grâce aux cheveux devenus adultes; la trans-

formation se fait, nouvelles spores, nouvelle invasion, presque aussi intense que le premier jour. Et ce cas n'est pas bien rare; nous avons vu des enfants, soignés avec les plus grands soins, et par les meilleurs, qui au bout de deux ans présentaient une quantité considérable de cheveux cassés, des gaînes énormes autour des tronçons et dans les lames de l'épiderme, on ne trouvait au microscope que des amoncellements de débris de cheveux, des gâteaux épais composés uniquement de spores.

Si le terrain est mauvais, il n'y a que du mycelium, à reproduction lente et d'une destruction facile. Rien de plus simple que de guérir dans ce cas.

Pourquoi ces écarts énormes ? On a cherché à trouver la cause dans la constitution du sujet; pourtant bien des sujets très solides présentent des formes graves, alors que d'autres manifestement cachectiques ne présentent que des formes larvées. Ainsi cet acpect sale, terne des cheveux, que nous avons signalé dans notre forme légère, et que nous avons vu aussi dans des cas très bénins du premier groupe, ne nous indique-t-il pas une nutrition défectueuse. Nous croirions plutôt que plus le cheveu est beau, brillant, bien nourri, plus il sert à la nutrition et par conséquent à la reproduction du champignon.

Encore un fait : un enfant en pleine santé présente une forme grave de teigne tondante : il est soigné avec les plus grands soins; la reproduction des spores est en pleine activité. Mais il tombe malade d'une fièvre typhoïde; pendant le cours de cette affection, l'état des plaques reste le même ; puis il entre en convalescence, mais reste très faible, maigre, presque méconnaissable. Les

cheveux se mettent à croître moins rapidement ; en quinze jours, sans autre traitement qu'un peu de teinture d'iode de temps à autre au niveau des plaques, et quelques savonnages, les points envahis prennent l'aspect peladoïde. Depuis, l'enfant n'a pas présenté de rechûtes, et il est actuellement guéri.

On a beaucoup insisté sur l'influence de l'âge. Celle-ci est évidente dans de certaines limites ; à partir de 10, 12 ans, les cas ont presque tous été bénins, sauf deux ou trois. Mais jusqu'à cet âge, il n'y a pas d'influence bien évidente que l'on puisse observer. Nous avons cité entr'autres, deux observations (Obs. V et VI), où le frère de 7 ans et la sœur de 2 ans 1/2, étant pris, l'aîné avait une forme grave, et sa sœur présentait quelques lésions très légères.

On a dit aussi que le tricophyton n'était pas simple ; qu'il en existe plusieurs espèces. Nous sommes loin de nous opposer à cette affirmation : mais le tricophyton géant, dont plusieurs auteurs ont déjà parlé, est-il bien une espèce à part ? La bactériologie nous le fera savoir ; mais pour nous la dimension de spores est des plus variables. Sur une même tête, deux préparations faites avec des cheveux pris sur deux endroits différents, nous ont montré dans l'une de nombreuses spores de dimensions énormes, et dans l'autre des spores normales.

Au cours du traitement, les dimensions se modifient encore plus ; on peut trouver des spores très petites, d'autres sans doute en voie de destruction, déformées, plus claires.

Il nous manque dans toutes ces questions un élément

inconnu, la connaissance des conditions vitales du tricophyton, conditions dont l'absence dans le bulbe lui en interdit l'entrée, dont la diminution le fait mourir sur place sans intervention thérapeutique.

Il faut que ces conditions de vie et d'alimentation pour le parasite, soient entretenues sur le cuir chevelu par une production incessante. Car comment appliquer ce fait bizarre que nous avons signalé : que le point le plus difficile à guérir est celui au niveau duquel la pénétration a d'abord eu lieu. La différence est pourtant sensible. Notre observation II en est un exemple frappant ; grâce aux soins actifs, l'affection est guérie en 2 mois sur une étendue de 35 à 40 centimètres carrés ; mais il reste un petit espace au centre, espace de un centimètre carré seulement où pendant 4 mois le tricophyton résiste à tous les agents destructeurs.

C'est plutôt là une question de pénétration. Plus le parasite a cheminé à travers le derme dans le sens de la profondeur, plus il est garanti ; et là on ne peut le détruire qu'au risque de détruire du coup la papille.

Quoi qu'il en soit, d'ici que l'on ait spécifié quelles conditions assurent le maximum d'activité de la maladie, nous pouvons affirmer un fait :

Le cheveu est l'aliment et l'asile de prédilection du parasite. Plus le cheveu est riche et mieux il est nourri, plus vite il est envahi.

Partant de ce point que nous avons suffisamment développé dans ce qui précède, nous pensons que tout ce qui concourt à accroître l'activité de croissance du cheveu, aide en même à la multiplication du tricophyton. L'élimi-

nation par la pince ou le râcleur ne fait que cacher sous une destruction évidemment énorme la puissance de régénération de l'agent nuisible.

Donc, tout ce qui concourt au ralentissement de la croissance du cheveu prépare la guérison. Nous ne possédons pas de procédé bien efficace qui obtienne ce résultat ; pourtant nous signalerons tout à l'heure que les injections de sublimé telles que nous les pratiquons, y contribuent puissamment.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENTS

Nous passerons rapidement en revue les traitements divers employés contre la teigne tondante.

A l'étranger, nous trouvons les modèles thérapeutiques suivants :

Reynolds de Chicago. — Insensibilisation en imbibant l'éponge positive d'une pile à courants continus avec une solution de cocaïne au vingtième.

Puis, épilation, diverses pommades antiseptiques : à base de sublimé, d'acide phénique, d'acide salicylique.

Duncan Bulkley emploie encore comme mode d'épilation élective des emplâtres agglutinatifs, tels que :

Cire jaune	10
Laque en plaques	14
Poix résine	21
Poix de Bourgogne	35
Gomme dammar	42

puis application des pommades antiseptiques.

Tilbury Fox conserve l'épilation, fait pratiquer des

frictions avec l'huile de Cade, pommades soufrées et le sulfate de cuivre.

Ou bien il emploie les pommades au bichlorure de mercure et à l'acide acétique.

Morrow conseille les onctions de chrysarobine et d'acide salicylique en pommade.

Il recommande également le collodion et l'usage de la traumaticine.

C. Pellizzari qui semble avoir expérimenté tous les systèmes, fait raser tous les quatre jours, puis applique une pâte faite à base de camphre et d'huile de foie de morue, comme la pâte de Beau.

Ensuite il pratique des lavages avec un savon où agissent l'acide phénique et le sublimé.

Enfin il se sert de pommade à l'acide pyrogallique.

Kaposi utilise les derniers savons, l'épilation, puis un mélange à base d'huile de hêtre, de soufre et de naphtol. Il conseille également les solutions alcooliques d'acide phénique et d'acide salicylique.

Unna, dont le traitement a été indiqué comme produisant les plus beaux résultats, fait seulement couper les cheveux, et enserre dans un espace enduit de colle de zinc tout le cuir chevelu qu'il recouvre de l'onguent de chrysarobine composé.

Chrysarobine	5 grammes
Acide salicylique. . . .	2 grammes
Ichtyol	5 grammes
Onguent simple . . .	100 grammes

Puis il pratique l'occlusion parfaite.

Chaque jour on enduit le cuir chevelu d'une nouvelle couche d'onguent.

Au bout de 4 jours, on essuie et on applique la pommade à l'ichtyol à 5 pour 100.

Tous les 8 jours on renouvelle la même pratique.

D'autres cliniciens ont attribué ici l'action la plus active aux pommades à l'ichtyol, à l'acide salicylique.

En France, on trouve les diverses pratiques suivantes :

Lailler recommandait la solution suivante :

Bichlorure de mercure . . .	1 gramme
Chlorhydrate d'ammoniaque.	1 gramme
Glycérine	50 grammes
Eau	950 grammes

Bazin se contentait de lotions avec une solution de sublimé à 1/250 et appliquait ensuite la pommade au turbith minéral.

Hallopeau emploie la lotion excitante de l'hopital Saint-Louis.

Alcool camphré . . .	125 grammes
Essence de térébentine.	25 grammes
Ammoniaque	5 grammes

Puis applique la vaseline iodée 1/100.

Il tient les cheveux coupés courts, fait porter une calotte de caoutchouc.

M. Vidal recommande de mettre la plaque à l'abri de l'air pour détruire le champignon qu'il considère comme aérobie.

M. Quinquaud fait d'abord couper puis raser les cheveux; puis il pratique le grattage. Les lotions sont faites avec :

Biiodure de mercure. .	0,15 grammes
Bichlorure.	1 gramme
Alcool à 90°	40 grammes
Eau distillée	250 grammes

Ensuite il applique un emplâtre au bichlorure.

M. Brocq pratique seulement l'épilation de la zone de protection et fait ensuite couper les cheveux très courts. Il fait laver la tête avec les savons au goudron ou au naphtol, et recouvre les plaques d'un enduit imperméable.

Enfin *M. E. Besnier* fait couper court tous les cheveux au ciseau sauf au pourtour des plaques où l'on pratique l'épilation pour former une zône de garantie.

Puis on pratique le grattage en deux temps, d'abord superficiellement, ensuite plus profondément après antisepsie de la zone râclée.

On lotionne à ce niveau avec :

Liqueur de Van Swieten. . .	100 grammes
Acide acétique	1 gramme.

Enfin il applique un rondelle d'emplâtre de Vigo acétique.

M. le Dr E. Besnier emploie également les pommades au naphtol, et les lotions à base de canelle de Chine.

Nous n'avons pas reproduit ici la durée des traitements

suivant les diverses méthodes, car nous pensons qu'il faudrait pour bien juger la valeur de chacune d'elles, qu'il y eût une notice sur la qualité des tricophyties traitées.

Nous proposerons un traitement basé sur les injections sous-cutanées, qui est malheureusement de trop récente application pour en imposer encore.

Le traitement que nous proposons ne s'écarte pas quant à sa direction générale, de l'ordre d'idées suivi par tous. Il poursuit les mêmes buts :

1° Assurer la prophylaxie ;

2° Protéger les parties saines.

3° Détruire le parasite.

Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été écrit et enseigné au sujet des deux premiers points, et à ce sujet nous n'avons cessé de nous conformer à ces indications.

Mêmes précautions au sujet de l'isolement, mêmes soins à prendre pour que la tête reste toujours couverte, et autant que possible de façon que les portions de coiffure en contact avec les zônes malades n'en rencontrent pas d'autres. Dans l'épilation que nous pratiquons, nous avons toujours eu soin d'établir la zône de protection, etc.

Quant au traitement actif, nous avons essayé de diriger l'action thérapeutique dans trois sens.

D'une part nous cherchons à détruire les microphytes situées superficiellement.

D'une autre, nous enlevons le cheveu, qui leur sert d'asile et de nourriture.

Enfin, nous essayons de détruire les parasites profondément situés, c'est-à-dire dans l'épaisseur du derme.

I. — Les spores et le mycelium situés superficiellement disparaissent assez rapidement par l'action de la teinture d'iode, à condition d'enlever les lames de peau desséchées aussitôt qu'elles n'ont qu'une adhérence relative avec les couches sous-jacentes.

Les autres agents nous ont semblé inférieurs à cette substance, et laissent souvent les spores en parfaite vitalité dans les extrémités libres des cheveux cassés. La teinture d'iode au contraire les détruit complètement; si l'on examine au microscope les portions enlevées de la surface de la peau, les débris de cheveu, on ne trouve que des masses sombres mais sans amas de spores. Si l'on arrache un tronçon resté apparent, on constate que la partie qui était incluse dans l'épiderme est bourrée de spores bien arrondies, remplissant le tronçon au point de le rendre absolument opaque, tandis que la portion qui se trouvait à l'extérieur, est claire, ne présentant qu'une trame de fibrilles où les spores ont disparu.

Les badigeonnages sont répétés tous les soirs, même deux fois par jour si l'enfant peut les rapporter, et, tous les deux jours on enlève la lame cutanée brûlée par la teinture.

Cette teinture d'iode n'est appliquée qu'après qu'on a coupé les cheveux aux ciseaux aussi courts que possible.

II. — Une fois la surface de la peau devenue lisse et égale, on procède à l'épilation. Cette épilation doit être complète et enlever surtout tous les tronçons de cheveux qui apparaissent en blanc sur la teinte rouge de la peau. On enlève aussi les cheveux restés bons. Cette épilation doit en même temps pratiquer le râclage. Le

plus sûr moyen pour parvenir à ce résultat, est d'employer les pinces à mors plats, et d'en appliquer fortement une des branches sur la peau avant de rapprocher l'autre. On enlève ainsi tout ce qui peut laisser prise.

M. le Dr Du Castel a fait construire chez Collin un modèle de pince à épiler que nous devons signaler ; elle est remarquable en ce que les mors sont placés sur le côté des branches. Il faut pour s'en servir coucher la pince parallèlement au cuir chevelu, et après avoir saisi les cheveux à avulser, exécuter un léger mouvement de supination. C'est dans l'exécution de ce mouvement de rotation imprimé à la pince autour de son axe que se trouve la supériorité de cet instrument ; car on peut l'exécuter avec une très grande douceur. En effet, l'extrémité de la pince quand elle est fermée représente un cylindre ; aussi lorsque le poil est saisi, on n'a qu'à faire rouler cette extrémité à plat sur le cuir chevelu, pour entraîner le cheveu d'un mouvement doux et progressif. Nous devons signaler que l'épilation avec cet instrument est moins douloureuse qu'avec la pince en usage.

De plus les mouvements brusques et saccadés étant supprimés, on enlèvera beaucoup de cheveux malades sans les casser.

Si l'on n'a pu le faire d'emblée : on pratique d'abord l'épilation rapide, puis les râclages, et enfin l'on épile de nouveau pour enlever les tronçons apparus. Toutefois cette seconde méthode est beaucoup plus douloureuse que la première et est moins efficace. En effet, aussitôt l'épilation primitive achevée, la peau se gonfle et devient tuméfiée. Le râclage exagère encore cet état inflam-

matoire, et on ne voit plus qu'une surface lisse tendue, douloureuse, en dessous de laquelle se trouvent encore de nombreux tronçons que l'on pouvait avulser par la première méthode.

III. — Maintenant que la surface de la peau se trouve absolument et complètement propre, déblayée de tous les cheveux, bons ou mauvais, l'on pratique les injections.

Les injections sont faites avec la solution suivante :

Solution.

Sublimé.	0 gr. 01
Acide tartrique. . . .	0 gr. 40
Chlorhyde de cocaïne .	1 gramme
Alcool } Eau } ââ	30 grammes.

Cette formule a été choisie pour faire agir sur les spores le sublimé acide. Nous savons, en effet, d'après les données de la bactériologie, qu'en rendant le sublimé acide, on agit d'abord sur l'enveloppe des spores qui sont dès lors plus susceptibles de subir l'action destructive du bichlorure. Cette idée nous a été suggérée par notre interne et ami M. Durante.

Toutefois nous reviendrons sur la part d'action que nous attribuons à ces diverses substances.

Les injections sont pratiquées dans l'épaisseur du derme. On peut employer de préférence les aiguilles très fines récemment construites, qui pénètrent le cuir chevelu sans douleur appréciable, et presque sans que le malade en ait conscience.

On couche obliquement la pointe et on la dirige de façon à ce qu'elle fasse avec la peau un angle de 30 degrés environ. Lorsque cette direction est à peu près exacte, on enfonce l'aiguille jusqu'à ce qu'en poussant le liquide celui-ci n'apparaisse pas sur la peau. La très grande longueur de l'ouverture qui termine l'aiguille permet d'injecter alors à travers le derme. De plus les couches profondes de l'épiderme se trouvent aussi inondées.

Le liquide se répand en nappe, et il suffit de pousser pour chaque piqûre la longueur de trois petites divisions d'une seringue de Pravaz ; on a ainsi une goutte ou un peu plus de liquide qui s'étale dans les couches profondes. L'on voit en effet un petit cercle blanchâtre s'établir, et en retirant la pointe, ce cercle subsiste environ 2 ou 3 secondes pour reprendre la teinte rosée du reste de la surface de la plaque. Quelques minutes après on voit comme un pointillé hémorrhagique se produire au niveau de la zone injectée.

Telle est la technique de l'injection intra-dermique qui nous a donné les meilleurs résultats sans avoir présenté le moindre accident.

Signalons maintenant les conséquences que nous avons eu à déplorer dans la pratique des injections.

L'injection faite très superficiellement à travers l'épiderme ou sous l'épiderme détermine de petites eschares. Ces nécroses très légères sont sans importance au point de vue de la conservation du cheveu, mais déterminent de petites plaies qui arrêtent à leur niveau la marche du traitement. De plus, elles n'atteignent pas le but désiré,

qui est de détruire les spores le plus profondément qu'il est possible.

Si les injections sont faites trop profondément il se produit une action très violente sur la vitalité des papilles des cheveux, et l'on peut craindre des plaques d'alopécie expérimentale.

Enfin, il ne faut injecter à travers le derme que des quantités très faibles à la fois, nous avons dit une goutte. Toutes les fois que nous avons poussé un peu plus violemment l'injection nous avons déterminé des eschares.

La pratique de ces injections est donc d'une technique assez délicate. Pourtant l'on arrive assez rapidement à en acquérir l'habitude, et alors on peut en pratiquer un grand nombre en quelques secondes.

L'on pourrait croire tout d'abord que ces injections sont d'une application difficile à cause de la douleur qu'elles doivent déterminer.

A ce sujet, nous avons constaté qu'elles sont très facilement supportées lorsque la région n'est pas trop enflammée. La douleur est très courte, et le chlorhydrate de cocaïne insensibilise assez rapidement pour que non seulement le point injecté cesse d'être douloureux, mais encore pour que l'on puisse imbriquer les autres piqûres tout autour sans que le malade en souffre.

Toutefois nous avons observé qu'à mesure que le traitement se prolonge le petit malade perd de son courage, et lorsqu'à la première séance il s'est montré d'un stoïcisme étonnant il est devenu aussi pusillanime que possible à la cinquième ou à la sixième. D'où le précepte de faire le plus que possible à la première séance.

Quant aux résultats obtenus, ils nous ont étonné par leur netteté. Le thème invariable que nous reproduirions si nous citions toutes nos observations est le suivant :

Les piqûres étant semées çà et là sur une plaque en pleine activité morbide, on ne constate les premiers jours qu'un peu de tuméfaction.

Dès cinq jours après, on observe des zônes plus pâles que le reste de la plaque, zônes où la peau est plus lisse, un peu déprimée.

Douze jours après la piqûre, ces zônes correspondantes aux territoires injectés, sont blanches, très lisses, non recouvertes de cheveux, et ne présentant plus ni tronçons enveloppés de spores, ni squames. A l'examen microscopique des lames superficielles, on ne trouve plus rien d'anormal.

Au bout de 15 ou 20 jours, l'aspect est plus étonnant encore. Si l'on n'a pas touché à la région malade depuis le jour où l'on a fait les piqûres, on voit qu'il existe de petits cercles très bien arrondis, tous d'égales dimensions de 8 millimètres de diamètre en moyenne, où la peau est blanche, lisse, alors que les intervalles présentent toutes les lésions ordinaires.

Cet aspect se prolonge encore longtemps et nous avons pu compter nos piqûres, un mois après les avoir pratiquées, sans avoir recours à la moindre note.

Les cheveux ne repoussent que très tard, trois semaines, un mois, même deux mois après au niveau des points injectés.

Ce traitement pour être complet doit être appliqué dans toute son intensité dès la première séance.

On prépare seulement la plaque d'avance par quelque application de teinture d'iode, puis après l'épilation et le râclage on fait des piqûres assez nombreuses pour les imbriquer les unes sur les autres en ne laissant pas autant que possible d'interstices entre elles. Nous avons pu faire 50 piqûres dans une seule seule séance, sans avoir eu plus tard à regretter notre intervention.

C'est là une véritable opération, mais qui est en général très bien supportée. Récemment un enfant qui était venu en tremblant, a avoué n'avoir pas souffert. Un autre, désireux de guérir, pleurait après l'opération parce que l'on refusait de lui multiplier encore les injections ; or, nous lui en avions pratiqué plus de quarante. Nous insistons seulement sur la nécessité de profiter du premier jour, car si l'on répète souvent le traitement, l'enfant finit par ne plus pouvoir le supporter, sans doute à cause d'un certain degré d'inflammation qui subsiste longtemps après.

Nous avons attribué tout d'abord l'action prédominante au sublimé rendu acide. Nous devons signaler que les résultats ont été bien moindres lorsque nous nous sommes servis de la formule suivante :

Sublimé Ac. tartrique	ââ 0 gr. 01
Eau	30 gr.

La douleur était la même, et la transformation ne se produisait pas aussi nettement. Cependant la proportion de sublimé était plus considérable. Nous nous demandons si, conformément à notre théorie sur le rôle des

graisses, l'alcool ne joue pas un grand rôle thérapeutique dans l'action de la première solution.

Nous osons espérer que dans un avenir prochain, les expériences auront su nous apprendre quelle modification heureuse peut être apportée à notre traitement, et que de ce jour, la teigne tondante cessera d'être une affection aussi insaisissable, cessera en un mot d'être « l'opprobre de la médecine. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Forme commune à évolution rapide.

P... Adolphe, 10 ans, se présente le 3 octobre 1891 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Blond, pas de séborrhée du cuir chevelu; cheveux fins. Etat général bon, pas de maladies antérieures.

Début constaté il y a cinq ou six jours sur deux points du cuir chevelu. Une des plaques siège près du front sur la ligne médiane, l'autre près de l'occiput. Dimensions à peu près égales à la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Cheveux cassés très courts à leur niveau, quelques-uns longs, peu solides; tous sont engaînés. Squames épaisses sur la peau.

Examen microscopique. — Tronçons opaques bourrés de spores. Follicules intacts, pas de mycelium.

Savonnages, lavages à la solution de sublimé à 1 pour 1000.

6 octobre. — Epilation complète des plaques, augmentée d'une zône de protection de 0 m. 005. Grattage profond et sanglant, après application de pommade mercurielle.

Les jours suivants frictions de 10 minutes de durée avec l'onguent mercuriel double au niveau des plaques.

13 octobre. — Nouvelle épilation, nouveau grattage. Continuation du traitement précédent.

3 novembre. — Cheveux récents. La peau a pris une apparence lisse.

Un collègue qui a examiné à ce moment a fait le diagnostic de pelade.

7 novembre. — La plaque située au-dessus du front est couverte de jeunes cheveux. Au centre même sur un espace de un centimètre carré on voit trois tronçons de cheveux et les poils voisins engaînés. Au microscope mêmes lésions qu'au début.

Nouvelle épilation suivie de râclage. Pommade mercurielle.

15 novembre. — Quelques débris sont ramenés au niveau du point où s'est fait la récidive. Nouvelle épilation.

21 novembre. — Un seul cheveu parmi ceux examinés présente deux tubes de mycelium dans sa continuité. Applications de teinture d'iode chaque soir. A partir de ce moment aucun examen n'a décelé la présence du tricophyton. La repousse de cheveux s'est opérée lentement et le certificat de non contagiosité a été délivré le 15 janvier, après 2 mois de mise en observation.

Depuis cette époque l'enfant nous a été souvent ramené et jamais n'a présenté de nouvelle récidive.

OBSERVATION II

P... Edmond, 8 ans (frère du précédent), présenté le même jour, 3 octobre 1891. Bonne constitution. Début apparent il y a 6 jours. Une grande plaque de 7 centimètres de diamètre sur la région temporale droite. Cheveux cassés, gaînes amiantacées, squames blanches, peau sèche et dure.

Examen microscopique. — Lésions du début à leur maximum. Savonnages, lotions générales avec sublimé au 1/000. Epilations et râclages les 6, 13, 20 et 27 octobre. A ce moment, inflammation légère, rougeur, semis de petites pustules. OEdème local.

Applications de compresses de sublimé.

31 octobre. — Le gonflement a disparu. Un peu de rougeur seulement. Surface lisse, sans tronçons de cheveux sur la zone périphérique de la plaque.

3 novembre. — La zone périphérique est bien nette et lisse. Le centre présente les mêmes lésions qu'au début. Deux petites plaques sont apparues à peu de distance en arrière de la plaque précédente. Epilation, râclage, pommade mercurielle.

10 novembre. — Les petites plaques postérieures sont lisses, un peu rouges. La zone centrale de la plaque primitive est toujours en pleine activité morbide, mais se rétrécit.

24 novembre. — Le point central est réduit aux dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. A partir de ce moment toute la zone périphérique de la plaque maîtresse, ainsi que les deux plaques postérieures restent lisses avec de rares cheveux jeunes. Le point central de la première seul ne se modifie pas d'aspect. Ce point est épilé et râclé chaque semaine.

12 janvier. — Aspect lisse général, lenteur de repousse partout surtout vers le centre.

1er Avril. — Certificat délivré sans qu'on ait pu constater de nouvelles lésions.

OBSERVATION III

P... Georges, 5 ans (frère des précédents), blond, pas de séborrhée, état général assez mauvais. Tempérament faible, amené le 27 octobre 1891. Zône de 8 centimètres de diamètre, située dans la région temporale gauche (reconnue par les parents le 25 octobre seulement) ; zône sur laquelle il existe encore de nombreux cheveux longs entre lesquels existent des tronçons de poils cassés. Gaînes amiantacées presque partout ; poussière blanche abondante.

Une toute petite plaque siégeant au-dessus. Même traitement que les précédents. La zone périphérique s'améliore.

15 décembre. — La zone encore atteinte est très rétrécie. Même traitement.

10 janvier, — Récidive presque aussi intense qu'au début sur presque toute la région atteinte au début. Le traitement est repris avec activité.

5 février. — L'enfant tombe malade d'une fièvre typhoïde. Arrêt dans le traitement.

Dans le cours de la maladie, la plaque envahie est restée presque sans traitement. Elle aurait présenté, d'après les parents, fort intelligents du reste, un aspect déplorable avec lésions aussi intenses qu'au début.

15 mars. — L'enfant entre en convalescence, il reste très faible, et ne se remet qu'avec la plus grande lenteur. On se contente d'applications de teinture d'iode au niveau de la plaque malade.

10 avril. — L'aspect est absolument modifié, la peau est devenue presque glabre, lisse, et les quelques cheveux que l'on rencontre sont tous bons.

Depuis cette époque, le malade n'a présenté aucune lésion. Mais un fait dominant était la lenteur de la croissance des cheveux.

Réflexions. — Nous faisons observer particulièrement dans ces 3 observations ces deux faits dominants que le maximum des lésions a toujours existé au centre des plaques et que la lenteur de repousse des poils a constamment accompagné la guérison.

A relever également l'influence bizarre exercée sur l'herpès tonsurant par l'état général du malade pendant sa convalescence.

OBSERVATION IV

Tricophytie évoluant presque sans traitement.

M.... Ferdinand, 5 ans. Blond, cheveux fins, poussant très vite. Séborrhée légère du cuir chevelu. Bonne santé générale.

Amené à l'examen le 7 novembre 1891.

Les parents se sont aperçus de la chute des cheveux depuis quatre jours seulement. Plaque principale à droite au niveau de la bosse pariétale. 6 centimètres de diamètre. Cheveux cassés, engaînés. Une autre plaque au-dessus de l'oreille du même côté.

Sur ces deux points, lésions intenses du début.

Le 10 novembre. — On pratique une épilation, très incomplète du reste, à cause de l'intolérance du malade. Emplâtre de Vigo.

21 novembre. — Insensibilisation au chlorure de méthyle, tentative de râclage ; même intolérance du malade. On n'a pu faire ni zone de protection, ni nettoyage des plaques. Seuls les savonnages et les lotions avec sublimé 1/1000 ont été pratiqués. Des emplâtres de Vigo ont été maintenus à peu près en permanence.

Nous avons essayé l'épilation par le collodion ; mais à la troisième séance, l'enfant s'est refusé à se laisser approcher.

Au 10 janvier, une petite plaque nouvelle est parue en arrière, avec les caractères un peu atténués des deux premières.

Depuis cette époque, les lésions restent les mêmes. Seulement aujourd'hui on trouve de place en place de bons cheveux, et la croissance extrêmement rapide au début va en s'affaiblissant. Alors que l'on coupait les cheveux aux ciseaux tous les deux jours au début, on constate à peine un accroissement dans leur longueur au niveau de la plaque au bout de quinze jours.

OBSERVATION V

Forme grave. — Extension de la maladie sur une large surface.

C... Alphonse, 7 ans. Blond, séborrhée du cuir chevelu. Pas de maladies antérieures ; toutefois affection oculaire soignée par les frictions mercurielles et l'iodiure de potassium à l'intérieur.

Amené à l'examen le 9 janvier. Début il y a cinq mois. Plaque unique au-dessus du front. Diamètre de 7 centimètres. Cheveux cassés, gaînes amiantacées. Follicules indemnes, sauf les lésions d'atrophie communes.

Les 9, 16, 23 janvier épilation et râclage. Chaque jour, savonnages, 9 lavages à la solution de sublimé 1/1000.

On trouve sur sa plaque des cheveux sains, des cheveux remplis de mycelium et des tronçons cassés, bourrés de spores.

15 mars. — Pas d'amélioration, beaucoup de cheveux se cassent à mesure qu'ils deviennent adultes.

12 avril. — Extension en nappe à tout le sommet de la tête. Gaînes autour des cheveux sur toute l'étendue des régions pariétales. Fort peu se cassent. 3 plaques isolées sur la région occipitale. On surseoit à l'épilation ; teinture d'iode chaque soir, et tous les deux jours on enlève les lames exfoliées.

25 avril. — La peau est plus lisse sur les zônes qui ont été envahies secondairement. Spores nombreuses dans les produits râclage.

15 mai. — La plaque initiale est redevenue le seul siége des lésions. La périphérie devient plus claire et les cheveux y semblent bons, on y trouve parfois du mycelium.

1er juin. — Le centre seul est encore pris avec intensité.

OBSERVATION VI

C... Lucie, 2 ans 1/2, sœur du précédent. Contagionnée par son frère.

Tempérament faible, enfant souvent indisposée. Pâleur des conjonctives et des lèvres. Amenée le 16 février. Plaque unique, grande comme 5 fr. en avant de la région pariétale droite. L'enfant est mal soignée à cause de son intolérance. Jamais n'a été épilée; on n'a appliqué que de la vaseline iodée. Tous les deux jours au plus, savonnages et lotions avec la liqueur de Van Swieten.

12 mars — Aspect lisse de la peau, tubes de mycelium. Quelques rares tronçons engaînés.

1er mai. — Aucune lésion du cheveu n'est constatée au microscope.

Réflexions. — Dans les deux cas que nous venons de citer, l'aîné d'un tempérament plus fort est beaucoup plus atteint que sa sœur qu'il a contaminée et qui est d'une santé des plus chétives.

OBSERVATION VII

E... Georges, 6 ans. Blond, tempérament faible. Séborrhée intense du cuir chevelu.

Le début de l'affection a été reconnu au commencement de juillet 1891 ; l'enfant fut d'abord soigné par les savonnages ; la lotion avec la solution de sublimé, et les applications d'emplâtre de Vigo. En septembre, l'on prescrit la lotion excitante de l'hôpital Saint-Louis. Le 12 octobre, cet enfant nous est amené

présentant toutes les apparences d'une teigne tondante en pleine activité.

Nous pratiquons l'épilation, le râclage et nous continuons l'emplâtre de Vigo.

Le 19 novembre. — Nous avons trouvé des cheveux bons, adultes et solides.

Mais entre ces cheveux se trouvent des multitudes de tronçons engaînés et le râclage ne ramène que des débris et de larges gâteaux de spores.

Depuis cette époque, le malade s'est amélioré en ce qu'il présente toutes les apparences de la guérison à la première inspection. Mais si l'on recherche attentivement l'on trouve des tronçons engaînés.

L'amélioration se produit à peine aujourd'hui, et le premier symptôme qui en existe est le ralentissement de la croissance des cheveux.

OBSERVATION VIII

Forme fruste.

B..., Jules, 12 ans. Blond, pas de séborrhée. Cheveux fins. Présenté le 23 avril 1892. Tempérament faible.

Début récent, mal spécifié, de 8 à 15 jours.

Il y a déjà quelque temps que les parents ont observé une sorte de plaque plus claire sur son cuir chevelu.

Deux plaques situées en arrière de la région temporale droite. Les cheveux y sont encore assez nombreux, sales, frisottants, ternes. Quelques-uns sont cassés très courts, d'autres sont plus longs.

Pas de gaînes amiantacées.

Au microscope, on trouve quelques cheveux, mais plusieurs

présentent du mycelium dans leur continuité, en général ils ont leur extrémité libre pénicillée. Dans les cheveux courts on trouve des délabrements plus intenses, les fibrilles sont plus largement dissociées, quelques spores sont visibles.

Nous appliquons de la teinture iode, et nous pratiquons le nettoyage de la plaque, par l'épilation et le râclage.

7 mai. — Aspect peladoïde des plaques.

Cependant, un ou deux tronçons sont encore apparents et les spores y sont abondantes.

Epilation. Teinture d'iode.

14 mai. — L'aspect peladoïde est général. Il y a très peu de cheveux apparents, et depuis ce moment nous n'avons constaté aucune lésion.

Réflexions. — L'intervention dans ce cas a été des plus faibles ; quelques épilations et quelques applications de teinture d'iode ont suffi à obtenir la guérison en six semaines. Nous n'avons jamais observé de gaîne amiantaire, et les cheveux ont été rares pendant tout le temps que le malade a été observé.

OBSERVATION IX

Même forme.

M... Ernest, 3 ans 1/2. Bruit séborrhéique ; tempérament faible, présenté le 25 mars 1892.

Le mal est apparent depuis 15 jours. Une plaque dans la région temporale droite. Cheveux de longueur inégale ; quelques-uns cassés très courts. Pas de pityriasis alba. Au microscope, presque tous les cheveux ont l'extrémité libre pénicillée ; nous obser-

vons très nettement des tubes de mycelium pénétrés dans quelques follicules. Ceux-ci sont très atrophiés.

Epilation. Teinture d'iode.

25 avril. — Les cheveux bons dominent. Pas de spores. Quelques poils présentent encore du mycelium quoique semblant de très récente formation.

Epilation. Teinture d'iode.

30 avril. — Aspect peladoïde parfait.

Depuis les cheveux repoussés très lentement n'ont présenté aucune lésion.

OBSERVATION X

D... Paul, 8 ans. Très brun. Séborrhée sèche du cuir chevelu.

Présenté le 19 mars à l'examen.

Début apparent constaté il y a 15 jours environ. Une plaque près du vertex ; cinq centimètres de diamètre. A ce niveau, cheveux d'inégale longueur, les uns sains, d'autres très courts ; au microscope, quelques spores rares. Tubes de mycelium assez nombreux.

Epilation. Emplâtre de Vigo.

26 mars. — Inflammation légère. Œdème local. Semis de pustules.

5 avril. — On trouve encore du mycelium dans quelques cheveux jeunes. Ce mycelium se prolonge dans le follicule. Teinture d'iode.

19 avril. — Aspect peladoïde avec quelques cheveux frisottants. Pas de traces du tricophyton.

26 avril. — Même état.

Depuis le malade a été suivi, et semble parfaitement guéri.

OBSERVATION XI

Même forme.

B... Adrien, 13 ans, brun, non séborrhéique. On a observé une clairière sur son cuir chevelu il y a 6 jours. Plaque unique, au niveau du vertex. Beaucoup de cheveux demeurés sur la région atteinte.

Cheveux cassés très courts, avec extrémité libre, pénicillée et remplie de spores.

Mycelium dans la continuité de la tige. Lavage au sublimé. Teinture d'iode.

25 avril. — Surface lisse avec cheveux frisottants. Pas de gaîne amiantacée. Quelques tubes de mycelium.

Même traitement.

10 mai. — Aspect peladoïde. Plus de lésions. Depuis ce moment, le malade est tenu en observation. A continué la pratique des lotions de sublimé et les applications de teinture d'iode. Jamais nous n'avons rien observé d'anormal.

OBSERVATION XII

Forme grave traitée par les injections de sublimé 1/300.

B... Léon, 8 ans 1/2, brun, séborrhéïque présenté le 8 octobre 1891, a présenté dès le début une forme grave. Une plaque, région pariétale droite.

Tous cheveux cassés ; gaînes amiantacées. Peau épaissie, dure, lichénoïde.

Traité par les épilations, les râclages et l'onguent mercuriel double.

Inflammation légère ; en un point, pustule plus large ; eschare à ce niveau.

25 octobre. — Cicatrice formée.

Depuis cette époque, malgré tous les soins, poussée active des cheveux, et lésions primitives se conservant en pleine intensité.

20 mai. — Même état. Nous pratiquons cinq piqûres intra-dermiques de notre solution de sublimé acide.

27 mai. — Quatre autres piqûres. Le malade très sensible, devient intolérant.

Le 3 juin. — On remarque cinq zones arrondies, blanches, lisses, dépourvues de cheveux.

Le 10 juin. — Quatre nouvelles zones sont visibles.

Sur trois des zones apparues les premières, quelques cheveux fins ont apparu.

Le malade n'est pas revenu dans le service depuis cette époque.

OBSERVATION XIII

M... Gaston, 8 ans, séborrhéique, brun.

Les cheveux sont d'un aspect terne, sale, malgré les soins de propreté fréquemment pratiqués.

Amené le 15 avril pour des clairières apparues rapidement sur le cuir chevelu. Une grande, reconnue la première au niveau de la région temporale gauche, 23 autres plus petites éparses çà et là.

Lésoins intenses. Cheveux cassés partout, squames remplies de spores.

Soins minutieux dès le début : le malade est ramené tous les deux jours. La rapidité de croissance des cheveux est telle qu'il

faut épiler à chaque séance. Nous avons pratiqué nous-même tous les soins.

Savonnages, lotion au sublimé, frictions mercurielles.

3 mai. — Aspect non modifié.

Nous pratiquons 15 piqûres sur les diverses plaques ; ces piqûres sont faites intra-dermiques, réparties entre les divers points atteints.

20 mai. — Les 15 zônes sont facilement reconnaissables ; elles forment des îlots blancs, au milieu de la masse des cheveux mauvais qui remplissent les interstices.

Ces piqûres n'ont pas été répétées, à cause de l'indocilité du malade. A l'heure actuelle, les points injectés ne présentent aucune lésion. Les interstices sont couverts de cheveux cassés.

OBSERVATION XIV

F.... Henri, 9 ans 1/2. Blond. Très vigoureux. Pas de maladies antérieures. Conduit le 3 mai 1892 à l'examen. Lésion d'une tricophytie tonsurante rapide. Trois plaques, une près de l'oreille gauche, deux plus petites près du vertex.

Epilation aussi parfaite que possible.

Les plaques sont injectées avec notre solution de sublimé et les piqûres sont imbriquées les unes sur les autres.

10 mai. — Les zônes injectées sont déjà reconnaissables par leur teinte plus pâle.

Epilation. Teinte d'iode.

17 mai. — Nouvelle série d'importations dans les interstices. Epilation légère, enlevant les cheveux engaînés et les tronçons.

24 mai. — Aspect lisse ; plus de spores, ni de mycelium dans les produits de râclage constatés par l'examen microscopique.

Plus de lésions parasitaires depuis cette époque. Tous les examens ont été négatifs.

Note. — Nous voudrions présenter de plus nombreuses observations. Mais nous avons produit dans chaque ordre d'idées celles qui sont les plus typiques. Pour le traitement, nous devons attendre avant de signaler de nouveaux cas que la guérison soit bien affirmée.

CONCLUSIONS

I. — Le cheveu est altéré dans sa nutrition avant d'être pénétré par le tricophyton.

II. — La pénétration du microphyte n'a lieu que grâce à une lésion de l'épidermicule.

III. — Il y a une relation évidente entre l'abondance des graisses et la vitalité du champignon.

IV. — On peut distinguer dans la teigne tondante deux formes cliniques, très distinctes, l'une très bénigne, l'autre d'une gravité plus grande, variable suivant les sujets.

V. — Dans la forme grave la plaque primitive doit être la plus surveillée. Les plaques secondaires ne constituent pas une complication très sérieuse. Le point primitivement atteint est le dernier guéri.

VI. — L'on peut établir les bases d'un pronostic aux diverses périodes de l'affection, en analysant avec soin l'invasion et l'évolution du microphyte et en comparant la réaction du cuir chevelu sur les parties saines et sur les parties malades.

VII. — La guérison est toujours précédée d'une période de ralentissement dans la croissance des cheveux au niveau des régions envahies. Le traitement doit aider le ralentissement à se produire.

VIII. — Les injections intra-dermiques d'une solution aqueuse ou alcoolique de sublimé acide donnent de bons résultats et détruisent les spores dans la profondeur des tissus. Elles arrêtent momentanément la croissance du cheveu.

IX. — Nous souhaitons que l'on mette en usage la pince à épiler de M. le Dr Du Castel, qui peut rendre de grands services.

Vu par le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèse de Thomas, 1882.

Thèse de Feulard, 1885.

The Lancet. Frederick Tay lor Thin, novembre 1878.

Debreuilh. — Policlinique de Bordeaux. Journal des maladies cutanées, 1891.

Duhring. — Diseases of the Skin, 1883.

Annales de dermatologie, 1889.

Annales de syphiligraphie, 1890.
id. 1891.
id. 1892.

Pellizzari. — Congrès de Pavie, 1887.

L. Brocq. — Maladies de la peau, 1891.

Bernier et Doyon. — Maladies de la peau, 1891.

Imprimerie de l'Ouest, A. Nézan, Mayenne.